Rok I. Październik, Listopad, Grudzień 1924. Nr. 10—12

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

Miesięcznik, poświęcony sprawom psychjatrycznym, naukowym i praktycznym.
Organ Zakładów Psychjatrycznych Polski Zachodniej.
Dziekanka — Kocborów — Kochanówka — Kościan — Lubliniec — Owińska — Rybnik — Świecie.
Redaktor naczelny: Aleksander Piotrowski. Zastępca redaktora: Oskar Bielawski.
Adres Redakcji i Administracji: Gniezno-Dziekanka, Krajowy Zakład Psychjatryczny.

Do Szanownych Czytelników!

*Niniejszy zeszyt zawiera ostatnie numery Rocznika I-go **Nowin Psychjatrycznych**, które z powodu długotrwałego strajku drukarskiego nie mogły wyjść na czas.*

*Po przezwyciężeniu rozmaitych trudności, Wydawnictwo **Nowin Psychjatrycznych** zostało zapewnione dzięki poparciu Starostwa Krajowego Wielkopolskiego i Pomorskiego. Władze te okazały uznania godne zrozumienie dla potrzeb psychjatrji polskiej i wyjednały w Wydziałach Krajowych subwencję dla Wydawnictwa, za co Redakcja wyraża niniejszem głęboką wdzięczność.*

*To też **Nowiny Psychjatryczne** z Nowym Rokiem mogą przejść ze „Sturm u. Drangperiode" w okres spokojnego, zapewnionego rozwoju. Od 1-go stycznia 1925 r. czasopismo nasze będzie wydawane osobno we własnym nakładzie.*

*Ze względów ekonomicznych i technicznych **Nowiny Psychjatryczne** będą wychodziły z końcem każdego kwartału w formie zeszytów obejmujących 5—6 arkuszy druku.*

*Redakcja zaprasza Szanownych Kolegów do prenumeraty, która dzięki poparciu tutejszych władz samorządowych będzie wynosiła kwartalnie **tylko 2 złote** (+40%, z powodu podwyższenia kosztów druku po strajku drukarzy poznańskich).*

*Pismo zapisuje się narazie **w Administracji Nowin Psyshjatrycznych** z równoczesnem nadesłaniem opłaty kwartalnej i odbiera się pod opaską.*

Redakcja
Nowin Psychjatrycznych.

PRACE ORYGINALNE.

Z Krajowego Zakładu Psyhjatryccznego Kocborowo Dyrektor Dr. med. Kryzan.

KILKA UWAG O NIEWŁAŚCIWEM UŻYWANIU TERMINU „MORAL INSANITY" NA TLE JEDNEGO PRZYPADKU SĄDOWEGO

podał

B. Świetłow.

Postęp psychjatrji od czasów niezrównanej w tej dziedzinie działalności klinicznej Kraepelin'a odznaczył się między innem tem ,że psychjatrzy zaczęli coraz więcej zwracać uwagę nietylko na etjologję i początek tej lub innej umysłowej choroby, lecz również na jej przebieg i stan końcowy.

Metoda ta stosowana wytrwale przez Kraepelin'a, jego uczniów i adeptów wywołała prawdziwy przewrót w psychjatrji, obaliła cały szereg form chorób umysłowych, tworząc natomiast formy nowe, które i do tego czasu jeszcze odegrywają pierwszorzędną rolę w powszedniej praktyce psychjatrycznej. Te nowe formy wyrosły na materjale, tyczącym się przeważnie umyslowych chorób o wyraźnie kinetycznym charakterze.

Co do grupy chorób lub raczej stanów nieudolności psychjatrycznej, to taka w gruncie rzeczy, pozostała bez zmian. Do niej też należy odnieść t. zw. „moral insanity". Nieuzasadnione i mimo to nieustanne używanie tego terminu nietylko w zwyczajnej praktyce psychjatrycznej, lecz nawet w działalności sądowej i naukowej, skłania mnie do wysunięcia kilku uwag w tej kwestji, aby poruszyć temat ważny pod każdem względem a zwłaszcza odnośnie do praktyki sądowej.

Pomimo, że psychjatrja kliniczna w ostatnich 25 latach zdobyła ogromny materjał celem wyodrębnienia zespołów od jednostek chorobowych, mimo że się zbogaciła mnostwem metod, mających na celu udoskonalenie wszechstronnych badań somatyki i psychiki chorych na umysł (przytaczam tylko nazwiska autorów metod tych, jak np. Bordet - Wassermann, Abderhalden, Kraepelin, Freud, Bechterew, Bernstein, Sikorski, Bleuler, Jung, Kretschmer i wiele innych), słowem, energicznych starań wybitnych i znanych badaczy na polu psychjatrycznem nietylko nie posiadamy ogólnie przyjętej klasyfikacji istniejących schorzeń umysłowych, lecz nawet nie mamy jeszcze jasnych i bezwzględnie obowiązujących terminów dla określenia samych psychoz.

Na zamieszanie panujące w terminologji psychjatrycznej piśmiennictwa polskiego zwrócił słuszną uwagę jeden z pierwszych R. Radziwillowicz w pracy pod tytułem: „W sprawie naszych nazw psychjatrycznych". W ostatnim czasie poruszył ten temat Al. Piotrowski, omawiając zagadnienie to tylko w sprawie używania terminu ,,otępienie", a w szczególności „otępienie wczesne", (dementia praecox).

Ponieważ otępienie wczesne lub, jak teraz mówią, schizofrenja stoi obecnie na porządku dziennym, spotyka ją psychjatra w tej lub innej postaci na każdym kroku. Cierpienie to znajduje się bez przerwy w ognisku psychjatrycznego zainteresowania, wobec czego można by się była spodziewać, że mianownictwo do powyższego zagadnienia ulegnie coraz większemu doskonaleniu się. W znacznie gorszem położeniu jest sprawa terminologiczna, dotycząca tych psychopatologicznych stanów, które właściwie nie są chorobami lecz tylko odchyleniem od normy. Do tych stanów należy odnieść degenrację, psychopatję i te wszystkie formy, które mają ogólną nazwę „oligofrenja". Do tejże grupy odnosi się również tk zw. „moral insanity", którą biorą na równi z chorobą umysłową, przyczem niektórzy (np. Piltz i inni) uznają cierpienie to za jedną z najcięższych, jakie wogóle znamy. Tu pragnęlibyśmy zrobić parę krytycznych uwag dotyczących formy tak zw. „moral insanity".

Podane poniżej refleksje na temat ten nasuwa nam dwuletnia blisko obserwacja jednego przypadku, o którym w skróceniu należy zaznaczyć co następuje: ,

W Warszawie dnia 22. 8. 1918 r. 16-letni chłopak, syn woźnego, Antoni J. zabił swą matkę, 2 siostry, z których jedna miała 15 lat, druga 11, i brata 8 lat. Zaaresztowany nie przyznał się narazie do winy, chociaż poszlaki były wyraźne. Po 5 dniach przestał się jednak zapierać i odpowiedział sędziemu śledczemu co następuje:

Pracując w aptece Kl.-go zainkasował dla apteki 40 mk., część z tych pieniędzy zgubił, część zaś wydał na przyjemnostki. Bojąc się odpowiedzialności postanowił wykraść pieniądze bratu i zwrócić dług kasjerce. Gdy ojciec jego tego krytycznego dnia wyszedł do pracy, a reszta domowników spała, kawałkiem żelaza podważył biurko, gdzie znajdowały się pieniądze i wydostał 100 mk. które zabrał; również wziął i inne rzeczy jak to: aparat fotograficzny, mydełka, ołówki itd. Następnie wyszedł do przyległej kuchenki, gdzie zabrał 5 mk. ze skarbonki. Niebawem wstała matka, zauważyła otwarte biurko i domyślając się reszty, zaczęła wymyślać synowi A., grożąc mu nożem, którym krajała chleb na śniadanie. Wtedy chwyta oskarżony siekierę i poczyna zadawać matce rany. Na krzyk matki nadbiega reszta rodzeństwa, na których rzuca się z siekierą, zadając im rany, jeszcze i wtedy, gdy denaci popadali na łóżko, jak się okazało, czterem osobom (matce i rodzeństwu), zadane było 39 ran. Później umył ręce i udał się do pracy. Zabrany aparat fotograficzny schował w ustępie, a 100 mk. na wjadukcie mostu Poniatowskiego. Zabójca, jak to zostało później ustalone, po wykonaniu morderstwa zachowywał się zupełnie spokojnie, nie zdradzał najmniejszego zdenerwowania i gdy przyszedł tego samego dnia do pracy, był, jak podaje kolega jego z apteki, w dobrem usposobieniu i podarował mu mydełka i ołówki. Wiek przestępcy, jego zachowanie się po wykonaniu zbrodni i charakter przestępstwa zbudził podejrzenie co do stanu władz psychicznych A. J. podczas dokonywania czynu; wobec czego sąd postanowił poddać A. J. obserwacji psychjatrycznej. Celem obserwacji znajdował się A. J. w szpitalu Jana Bożego od 15. 11. 1918 r. do 18. 1. 1919 r., a następnie w szpitalu w Tworkach od 3. 4. do 15. 5. 19 r. Co do stanu umysłowego czterej eksperci wydali opinję następującą:

Oskarżony cierpi przedewszystkiem na ogólny niedorozwój fizyczny i psychiczny (debilitas) z nieznacznem upośledzeniem władz intelektualnych, a znacznem upośledzeniem moralnem „insanitas moralis“; czyn zbrodniczy popełnił powstałym na tem tle w stanie afektu patalogicznego, a zatem: 1 ze względu na ogólny niedorozwój psychiczny, brak zdolności zrozumienia istoty i znaczenia popełnionych przez A. J. czynów oraz zdolności świadomego kierowania postępkami, 2) ze względu na wyjątkowy stan psychiczny podczas popełnionej zbrodni, nie rozumiał on istoty i znaczenia tego czynu i nie był w stanie kierować w tym czasie swemi postępkami, 3) ze względu na charakter i przejawy stwierdzające zaburzenia psychiczne jest on dla otoczenia niebezpieczny.

Sąd przychylił się do zdania rzeczoznawców i A. J. został oddany w specjalną opiekę lekarską. Pacjent po ukończeniu sądowej sprawy był umieszczony w szpitalu dla umysłowo chorych w Tworkach, zaś później był przeniesiony do Zakładu Kocborowskiego w roku 1921 gdzie się też znajduje i w chwili obecnej. Przypadek ten był ogłoszony w pracy prof. Grzywo - Dąbrowskiego pod tytułem: „Przyczynek do kazuistyki przestępstw dzieci“, umieszczony w piśmie „Nowiny Lekarskie“ 1922 r. 2. 9. Rozprawa ta kończy się następującem zdaniem: „Ciekawą było by rzeczą zbadać dalej los tych małych przestępców, czy jak chcą niektórzy, są to już istoty, z których w przyszłości powstaną zawodowi przestępcy, mordercy itd., czy też przestępstwo było skutkiem zbiegu okoliczności, pewnym wybuchem na tle niezrównoważonego układu psychicznego, a w dalszym życiu osobniki takie nie będą przejawiały żadnych wybujałości, prowadzących do konfliktu z prawem”. Sądzimy, że takie zdanie zasługuje na uwagę nietylko z punktu widzenia interesów społeczeństwa, lecz również ze względów naukowych.

Ponieważ rzeczoznawcy orzekli, że A. J. cierpi na niedorozwój ogólny (fizyczny i psychiczny) również na znaczne upośledzenie moralne (insanitas moralis), może po upływie prawie 6 lat powstać pytanie, czy obecny stan fizyczny i psychiczny, ewentualnie, moralny pozostał bez zmian, czy przeciwnie, pacjent ten znajdując się w specjalnej opiece lekarskiej przyzwyczaił się do pracy, dojrzał fizycznie i psychicznie i swoim poprawnem za-

chowaniem pozwala lekarzom stwierdzić, że taki człowiek nie powinien nadal pozostawać w szpitalu zamkniętym, bo już nie należy do niebezpiecznych dla otoczenia.

By módz dać należytą odpowiedź na to pytanie, musimy przedstawić i ocenić materjał, tyczący się zachowania pacjenta w ciągu kilkoletniego pobytu w zakładach psychjatrycznych, jak również i stanu obecnego jego psychiki.

Przytaczamy w skróceniu charakterystykę daną przez szpital w Tworkach z którą pacjent przybył do Kocborowa. „Zachowuje się stale nader grzecznie, od ciężkiej pracy się wymawia, wskazując na swoją rupturę, lecz u krawca dobrze pracuje, tylko zawsze coś zazwyczaj spsoci. Przyniesie klucz na oddział, przeszyje czapkę kradzioną, oddali się w nocy na parę godzin z oddziału poflirtować z pannami itd. Stan fizyczny dobry".

Do powyższego mamy dodać spostrzeżenie lekarskie, zanotowane w Kocborowie od początku jego pobytu do dnia dzisiejszego.

Pacjent znajduje się stale na XXI pawilonie, gdzie najwięcej dozoru. Spokojny, trochę pracuje, podejrzany o cichy współudział we wszystkich konfliktach życia pawilonowego.

Chory ogólnie zachowując się spokojnie, do stałej pracy na pawilonie zabrać sie nie chce. Zwykle zaczyna pracę (sprzątanie oddziału, klejenie tutek, szycie pantofli) dość chętnie, po kilku dniach zapał maleje, później chory wyszukuje różne trudności, które mu rzekomo przeszkadzają pracować, a następnie zupełnie pracować zaprzestaje. Siedzi całymi dniami na kanapie, trawiąc czas na rozmowach z chorymi lub sypiając. Zauważono że zwykle lubi brać udział w bójkach chorych, wtedy staje po stronie silniejszego i z wielką przyjemnością znęca się (o ile może) nad swoją ofiarą. W 1922 r. w czasie pobytu w Kocborowie p. Z. zawiązała się między chorym J. a Z. ogromna przyjaźń, co tym bardziej dziwiło lekarzy, że chory Z. pod względem inteligencji, rozwinięcia umysłowego, pochodzenia etc. stał na niezrównanie wyższym poziomie. Przypuszczano nawet, że ich obu łączyły skłonności homoseksualne, na co jednakże dowodów nie było. Do żadnego lekarza J. niema zaufania i przeważnie traktuje ich drwiąco, unika z niemi rozmowy. Zauważono również, że pacjenta łatwo może rozgniewać jakaś drobnostka i wtedy J. unosi się i zupełnie się zapomina. Taki stan szybko przemija w ciągu kilku minut. Wówczas pacj. ma twarz czerwoną, oczy błyszczące przy rozszerzonych źrenicach, rozgniewaną minę, mówi ochrypłym głosem, ręce trzyma w kieszeni. Lubi kpić z pacjentów i wogóle jest bardzo usposobiony do odgrywania roli „Tertius Gaudens". Podobny przebieg życia pacjenta J. który, znajdując się przez kilka lat ciągle pod ścisłym dozorem, ujawnił dosyć wyraźnie antysocjalne skłonności nie potrzebuje długich wyjaśnień i tylko może potwierdzić diagnozę (insanitas moralis), vdaną przez znawców na sądzie. W 1923 r., gdy chory znajdował się pod moją obserwacją, stan obecny przedstawiał się w nastepującej postaci:

Streszczając wyniki doświadczalno-psychologicznych badań, musimy zaznaczyć co następuje:

Pacj. lat 22 1,6 m wzrostu, o słabej budowie ciała i niedostatecznie rozwiniętymi mięśniami Tułów o krótkiej cylindrycznej formie. Skrzywienie kręgosłupa części piersiowej Twarz dziecinna, czaszka o typie brachicefalicznym. Wymiary głowy: Obwód – 56,0, wzdłuż – 17,0, w szerz – 15,5. Wystające guzy czołowe. Asymetrja twarzy, sterczące uszy, wysokie podniebienie. Lewa stopa płaska. Przepuklina pachwinowa prawostronna. Nad manubrium sterni lekkie przytłumienie (tymus?). Tony serca czyste, tętno 72 uderzeń na minutę, miarowe, dobrze napięte. Lewa część gruczołu tarczowego słabo rozwinięta. Ze strony innych organów nic nadzwyczajnego. Genitalia prawidłowo rozwinięte, mons veneris ma dostateczne owłosienie. Głowa dostatecznie owłosiona, natomiast górna warga i podbródek mają zarost ubogi Ze strony układu nerwowego osłabienie odruchów spojówkowych, rogówkowych i gardzielowego. Brak patologicznych odruchów. Kolanowe i łokatkowo-ramieniowe — wzmożone. Pole widzenia, czucia wszelkich rodzajów, chód, mowa nie zdradzają nic patologicznego. W piśmie uderza częsta zmiana interwałów między literami, po pewnym czasie wiersz idzie zygzakiem, również litery jednego wyrazu tworzą wykres falisty Pacjent nie robi wrażenia urodzonego przestępcy — delinquento nato, albo psychopaty. Przeciwnie, przy dziecinnej twarzy ma wygląd ujmujący i sympatyczny. Głos ma wysoki, często łagodnie uśmiecha się i wówczas przypomina bardziej chłopaka niż dorosłego mężczyznę. Już z krótkiej rozmowy można się przekonać, że pacjent jest dobrze zorjentowany co do czasu, miejsca i otoczenia. Świadomość własnej osobowości jest całkowicie zachowana. Urojeń, omamów nie wykazuje Pamięć co do dawnych czasów bez zmian patologicznych. Nie pamięta, jedynie, jak twierdzi, o swojej zbrodni. Wie, że zabił matkę i siostry, lecz nie może przypomnieć, dlaczego to uczynił, przy jakich okolicznościach i tp. W potocznej rozmowie pacjent dość żywo pojmuje, co do niego mówią, a również prędko i zręcznie daje odpowiedź, przyczem umie znaleść u przeciwnika słabe strony i wyzyskać je. Jeżeli przyjąć, że brak moralnego uczucia może istnieć

jako zupełnie samoistny objaw psychopatalogiczny, to na podstawie wyżej podanego materjału można by było w danym wypadku przyjść do wniosku, że mamy tu do czynienia z tą formą cierpienia na umysł, która się nazywa od czasu Prichard'a „moral insanity", ponieważ przedewszystkiem i najwięcej uderza nas tu brak moralności. Prawda, że od czasu Prichard'a pojęcie o tej chorobie wielokrotnie się zmieniało, jednak że sam wyraz „moral insanity" dotychczas jeszcze ma prawo obywatelstwa nawet w naukowych pracach dnia dzisiejszego.



Szczegółowe doświadczalno-psychiczne badanie pacjenta uzupełnia wyżej podany materjał w sposób następujący: Zdolność zapamiętywania, badana metodą Ziehen'a, nie zdradza nic patologicznego. Badanie uwagi za pomocą metody nieustannego odciągania 7 od 100, wykazała następujące wyniki: 100—7 = 93; 93-7 = 86; 86—7 = 79; 79-7=72; 72-7 = 65; 65 - 7 = 58; 58-7 = 51; 51—7 = 44; 44—7 = 33; dalej znów prawidłowo. Pomnożył w pamięci 12×18 prawidłowo i odciągnął 97 od 156 również bez pomyłki. Badanie zasobu wiadomości zdobytych w szkole i życiu J. wykazało co następuje: Pyt. ile dni w roku? Odp. 365, 366. P. Kiedy rok ma 365 i kiedy 366 dni? O. Jak bywa w lutym 29 dni. P. Kiedy to bywa? O. Nie wiem. P. Z czego ta różnica pochodzi? O. Nie wiem. P. Jakie są części świata? O. Europa, Azja, Afryka. Ameryka, Australia. Co to jest kilometr? O. 1000 metrów. P. Co to jest kilogram? 1000 gramów. P. Główniejsze miasta w Polsce? O. Kraków, Warszawa. Jakich wielkich polaków zna? O. Borolowski wojskowy działacz. Potem Kościuszko, Lelewel, Józef Poniatowski. Jakie zasługi, mianowicie, mieli ci ludzie, powiedzieć nie mógł, bo nie wiedział. Przy badaniu zdolności różniczkowania i uogólnienia wyobrażeń również zdolności samorzutnego myślenia otrzymaliśmy rezultaty następujące: P. Jaka różnica między karłem a dzieckiem? O. karzeł jest mały, dziecko może być wyższego wzrostu. P. Jaka różnica między kłamstwem a omyłką? O. jeżeli skłamać to można urazić człowieka, a jeżeli człowiek omyli się, to można wybaczyć. P. Jaka różnica między stołem a krzesłem? O. Stół jest wyższy, krzesło jest niższe. P. Dlaczego służy policja? O. Żeby wytropiła złodziejstwo. P. Jakie obowiązki są względem rodziców? O. Dzieci muszą być posłusznemi. P. Kogo trzeba słuchać? O. Matki, ojca i przełożonych swoich. P. Kiedy byłby szczęśliwym? O. Nie mam nadziei być szczęśliwym. P. Poco się człowiek modli? O. Żeby był zdrów. P. Co jest pań two? O. Duży obszar ziemi, gdzie dużo wojska. P. Co jest monarchja? O. Bo ja wiem. P. Jaka różnica między szczęściem a przyjemnością? O. Nie wiem.

Badania zdolności kombinacyjnej dokonano metodą pokazywania obrazu 58,0 — 41,0 cm. „Bitwa na Morzu". Pacjent przy pierwszym rzucie oka na obraz najpierw powiedział: „Widać, że jeden okręt tonie, a drugie okręty pływają do niego celem uratowania ludzi". Po dość długim namyśle (3 min.) rzekł: „jedni ludzie robią napad na drugich". Dokonano również badań metoda M a s s e l o n a ' a E b b i n g h a u s ' a. Zadanie te wykonał p. prędko i prawidłowo. Na prośbę ażeby narysował linję długości 4 cm odtworzył długość 7 cm. Przy badaniu zdolności określenia czasu z zamkniętemi oczami mianowicie, jednej minuty, okazało się, że taksuje czas 17 sekund jako jedną minutę.

Określenie ciężaru; przy zamkniętych oczach policzył 0,4 za 1,0, a 1,6 za 5,0. Badanie odbywało się przy zamkniętych oczach. Pacjent miał na jednej ręce ciężarek pewnej wagi, na drugą sypał się powoli piasek, dopóki pacjent nie mówił „dosyć", co miało znaczyć, że ma na obu rękach ciężar jednej wagi: ciężar jednej wagi 0,4 bierze chory za 1,0 a 1,6 za 5,0.

Badanie kojarzeń (było dane w ciągu 3 doświadczeń 100 wyrazów podniet) wykazało przedewszystkiem, że czas reakcji równał się przeciętnie 4,1. Kojarzeń o charakterze wewnętrznym było 86 %, w trzech wypadkach brak reakcji; kojarzeń o charakterze zewnętrznym 11 %. W 20 wypadkach stwierdzono persewerację. Stereotypja była zanotowana w 32 reakcjach. Naprzykład, jako odpowiedź, na rozmaite bodźce, powtarzał się ciągle wyraz „człowiek": honor—człowieka, głód—człowieka, zacny—człowiek, grzech—człowieka, cichy—człowiek itd. Powtarzało się to słowo nie ze rzędu, przeplatanie innnemi słownemi reakcjami zanotowane było

w 14 przypadkach. Słowem „ludzie" pacjent reagował w 6-ściu przypadkach, np: kolano—ludzkie, milczenie—ludzkie, morderstwo—ludzkie itd. W 3 przypadkach zanotowano odpowiedź za pomocą zaimków „mój", „moja", „sobie". Istnienie kompleksów stwierdzone było w następujących reakcjach: sąd—apelacyjny, czas r. 14,2, nieudolnie udawał śmiech podczas tej reakcji, na wyraz „zabić" dał odpowiedź (za 8") ,pochyliwszy głowę i przyciszonym głosem

Na polecenie powiedzieć w ciągu 3 minut pierwsze lepsze wyrazy, które przyjdą mu do głowy, badany wymienił co następuje: 1) przycisk, 2) taszka, 3) książka, 4) pudełko, 5) buty, 6) linijka, 7) atrament, 8) zapałki, 9) lustro, 10) szafa, 11) tablica, 12) pudełko, 13) zegarek, 14) kluczyk, 15) spodnie, 16) ręcznik, 17) lampa, 18) krzesło, 19) okno, 20) talerz, 21) ołówek, 22) pióro, 23) kajet, 24) pieniadze, 25) kapelusz, 26) kawa, 27) woda, 28) mleko, 29) węgiel, 30) drzewo, 31) jabłko 32) śliwki, 33) chleb, 34) bułki, 35) koszula, 36) kamizelka, 37) marynarka, 38) kalendarz, 39) lampa, 40) bibuła.

Zdolność zapamiętywania jest zachowana, zasób wiadomości, zdobytych w szkole, — nieco upośledzony, zdolność różniczkowania i samodzielnego myślenia — wyraźnie upośledzona. Poczucie miary czasu, wagi i długości linji jest również niedostateczne.

Badanie zdolności kombinacyjnych z wyjątkiem doświadczenia za pomocą metody pokazywania obrazków wykazało, że pacjent zadania podług metody Masselon'a i Ebbinghaus'a wykonał dość prędko i trafnie. Badanie uwagi nie wykazało nic szczególnego. Proces kojarzeniowy najwyraźniej wykazuje znaczną powolność, ubóstwo pojęć z wyobrażeń, znaczną ilość stereotypowych odpowiedzi (człowiek, ludzkie), ogromną ilość wewnętrznych kojarzeń. Wszystko to jasno wskazuje na oligofreniczny charakter o cechach dziecinnej psychiki pacjenta. Co do zasobu podstaw etycznych, to należy zaznaczyć, że badany nie jest bynajmniej pozbawiony uczuć moralnych. W wielokrotnych rozmowach z lekarzem, jak tylko przedmiotem mowy nastręczył się temat o popełnionej przez niego zbrodni, zawsze reagował ostrą zmianę nastroju: posępniał, opuszczał oczy, mówił cicho, niechętnie, w krótkim czasie milkł i, jak raz stwierdzono, pacjent nie mógł wstrzymać łez.

Co do afektywnej sfery, jak to wynika z wywodów powyższych, jest pacjent b. wrażliwy i na rzekomo zrobioną mu krzywdę reaguje szybkiem zachwianiem równowagi uczuciowej. Podobna reakcja wskazuje jasno na patalogiczny jej charakter, typowy dla oligofreników, gdy defekt intelektualny ujawnia się brakiem zależnych od ostatniego hamulców, a reakcja odbywa się w sposób prymitywny, odruchowy. Pacjent ma pojęcie o obowiązkach względem władzy przełożonej i P. Boga. W zachowaniu swojem pacjent w ostatnim czasie pobytu (od roku przeszło) znacznie się zmienił. Pomaga stale i chętnie pielęgniarzom w pracy domowej. Pracuje w ogrodzie, na dworze, przy węglu itp., nie uchyla się od żadnej pracy, na pawilonie sprawuje się dobrze, nie zaczepia się, nie drażni chorych, gra spokojnie w karty lub warcaby z innymi pacjentami, często czyta książki. Bierze udział w tanecznych zabawach i zachowuje się tam również przyzwoicie. Zanotowane w karcie szpitalnej zboczenie płciowe nie znalazło potwierdzenia w zachowaniu się chorego w noc. W tańcach nie zdradza podniecenia lub jakich objawów pobudliwości płciowej. Przeciwnie, ma wyraz twarzy zupełnie spokojny, nawet raczej obojętny. Że erotyka nie zajmuje mocno pacjenta, to potwierdza też doświadczenie kojarzeniowe, gdy na hasła, tyczące się erotycznych tematów, nie reagował wcale specyficznie: na hasła „serce" dał odpowiedź wyrazem „ludzkie", „dziewczyna — samotna", „piersi — człowieka".

Stwierdzone defekty psychiczne dają nam prawo zaliczyć naszego pacjenta do osobników o jawnem upośledzeniu władz intelektualnych. Upośledzenie to, jak wynika z odpowiedzi pacjenta, ma wyraźny charakter niedorozwoju psychicznego, naprzykład odpowiedź na zapytanie, co to jest państwo („dużo ziemi, gdzie dużo wojska"), lub tłómaczenie różnicy między stołem a krzesłem („stół jest wyższy, a krzesło niższe") itp. Na to również wskazuje i materjał, otrzymany podczas badań kojarzeniowych. Tu, przy analizie, uderza brak oderwanych wyrazów nie tylko w odpowiedziach na konkretne słowa — podniety, lecz nawet i na abstrakcyjne. Takiż wynik mieliśmy, gdy pacjent w ciągu 3-ch minut powiedział 40 wyrazów, pierwszych lepszych, które mu przyszły do głowy. W tym wypadku między 40 słowami nie było wcale pojęć oderwanych. Pozatem należy wymienić, że przy kojarzeniowem badaniu udało się stwierdzić istnienie kompleksu, tyczącego się przestępstwa pacjenta, a, mianowicie, na wyraz „sąd" — dał odpowiedź „apelacyjny", przyczem czas reakcji był znacznie przedłużony — 14,2 sek. Wzruszenie starał się u-

kryć sztucznym uśmiechem. Na wyraz „zabić" odpowiedział „człowieka"; chociaż czas reakcji trwał 3 sekundy, lecz dał odpowiedź bardzo przyciszonym głosem i opuścił oczy.

Otrzymany materjał przy badaniu ianaliza wymienionych wyżej danych przemawia za tem, że mamy przed sobą jednostkę z wyraźnymi objawami fizycznego i psychicznego niedorozwoju w postaci infantylizmu psychicznego.

Do wyżej podanych cech typowych dla psychicznego infantylizmu przytoczymy rysy fizyczne, przypominające najbardziej typ Brissaud'a.

Kształt tułowia — cylinder — krótkiej formy, krótka szyja, duża głowa o zupełnie dziecinnej twarzy jak trafnie określa Kraepelin: durchaus kindlicher Gesichtsaudruck, die kleine vorspringende Nase, die weichen rundlichen, unausgeprägten Züge. Pozatem b. skąpe owłosienie twarzy, pod pachami i wysoki głos.

Podług Kretschmera taki typ musi być odniesiony do t. zw. dysplastische Spezialgruppen, tj., dysglanduläre Körperformen.

Na pewne zaburzenie działalności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu wskazuje zanotowany objaw istnienia gł. thymus persistens a również stwierdzona microthyria. Pomijamy, wobec braku stosownych danych, zagadnienia, w jakim stanie znajdują się inne dokrewne gruczoły, w jaki sposób harmonizują swoją działalność między sobą, jak też dużo nasuwających innych pytań. Zachowaniesię pacjenta w ostatnim czasie i do obecnej chwili przedstawia się następująco:

Sprawuje się zupełnie poprawnie tak na pawilonie, jak po za nim lub po za obrębem zakładu. Starannie pracuje na pawilonie, pomaga pielęgniarzom w domowej pracy, a również sumiennie zajmuje się fizyczną pracą (w ogrodzie, przy czyszczeniu filtrów, naładowaniu węgla itp.), przyczem nie unika roboty nawet i ciężkiej, jak to było przedtem, gdy pacjent zabrawszy się do jakiejkolwiek pracy, w krótkim czasie ją porzucał, powołując się na swoje zmęczenie i słabość swego zdrowia. W stosunku do przełożonych, a również do pacjentów, zachowuje się grzecznie, nikomu w drogę nie wchodzi, awantur żadnych nie robi. Nie ulega wątpliwości, że pacjent nie jest pozbawiony wstydu z powodu dokonanego czynu karalnego. Jak tylko rozpoczyna się mowa o popełnionym przez niego mordzie, pacjent natychmiast zmienia się w swojem usposobieniu i staje sięposępnym, nie chce odpowiadać na pytanie, nie patrzy w oczy lekarzowi. Objawy tej emocji były również stwierdzone podczas doświadczenia kojarzeniowego. Co do innych momentów, które mogłyby dać jakiekolwiek wskazówki pod tym względem, to nie mamy wiele do powiedzenia. Naprzykład stwierdzić trudno czy żałuje dokonania czynu i czy ma jakąbądź z tego powodu skruchę, gdyż zwykle nie odpowiada i tylko raz jeden na podobne zapytanie odparł lekarzowi krótko „tak" i twarz miał przytem smutną. Co do stosunku pacjenta do krewnych jego, to pacjent na zapytanie, jak żyją krewni jego, odparł, że raz pisał do nich i żadnej odpowiedzi nie dostał, widocznie, nie chcą go znać więcej. Wyraz „ojczyzna" nie wywołuje w nim oddźwięku uczuciowego, mówi, że takie rzeczy mało go interesują. Pod względem uczucia religijnego, nie różni się od ludzi normalnych, chodzi chętnie do kościoła, gdzie się odpowiednio zachowuje, modli się z książki, z religji nie kpi, zna z pamięci główne modlitwy; nie unika spowiedzi; myśli, że musi wciąż prosić P. Boga o przebaczenie za swoje grzechy, uważa że Bóg jest sprawiedliwy. Nie uświadamia sobie jednak widocznie jakie są obowązki względem ludzi, odpowiada tylko na takie zapytanie: „ja nikomu nie chcę wejść w drogę".

Z tego wszystkiego wynika, że objawom znacznego niedorozwoju intelektualnego towarzyszy poniekąd nieznaczny niedorozwój uczuć, jednakże to jeszcze nie znaczy, że jest tu zupełny zanik moralności lub brak jej.

Ta okoliczność, że pacjent powoli się zmienił w swem zachowaniu, że zaprzestał znęcania się nad chorymi, drażnienia ich;, stał się bardziej karny, wziął się pilnie do każdej pracy, — przemawia też przeciwko przypuszczeniu, że jest nałogowym zbrodniarzem lub „delinquento nato" i że jest to właśnie casus z djagnozą „insanitas moralis". Fakt, że chory wykonał swój czyn w stanie afektu patologicznego wskazuje, iż czynił to nieświadomie, to znaczy, że moment ten nie przemawia również za djagnozą „moral insanity", gdyż typowym objawem tego zespoła jest świadome wykonanie zbrodni z zimną krwią i nawet z uczuciem zadowolenia. Przypuszczenie znawców, że w tym mordzie odgrywał jakąś rolę popęd płciowy, uważam za nieudowodnione dlatego, że tak w wywia-

dach, jak i w późniejszej katamnezie nie można było znaleźć potwierdzających danych. Przeciwnie wiemy, że pacjent pod względem tym nie okazywał wcale popędu do dziewcząt, mając obecnie 22 lata bardzo rzadko miewa zmazy nocne, erekcji wcale nie ma. Niedostateczny rozwój płciowy odznacza się i do tego czasu prawie brakiem owłosienia na twarzy, b. skąpem owłosieniem pod pachami, również wysokim głosem pacjenta. Pacjent nie miał stosunków z kobietami i niema danych dla potwierdzenia, żeby odczuwał brak płciowych stosunków.

Przytoczony przypadek jeszcze raz może pokazać całą niestosowność używania przez psychjatrów nazwy „moral insanity". Że ostatnia światowa wojna miała olbrzymi wpływ na rozluźnienie obyczajów, skutkiem czego było i obniżenie skali pojęć moralnych, to jest fakt, który nie ulega żadnej wątpliwości. Taki fakt nie tylko całkiem potwierdza naszą przewodnią myśl, lecz jednocześnie stawia praktyczne pytanie, jakim sposobem psychjatra obecnie będzie oceniał stopień etycznego postępowania umysłowo-chorego osobnika, jeśli zachowanie się umysłowo zdrowej jednostki uległo takim znacznym zmianom na gorsze. Na jakiej podstawie będzie uzasadniony odpowiedni sprawdzian dla oceny postępowania człowieka pod względem moralnym? Jeżeli przyjąć, że „Moral ist nichts anderes, als eine im gegenseitigen Interesse geübte Schonung, zu der die Menschen gezwungen werden, wollen sie überhaupt nebeneinaader leben", to taka filozoficzna formuła tylko jeszcze bardziej podkreśla ogromną względność, chwiejność i niejasność tego, co nazywamy moralnością. Z tych wszystkich względów wydaje się, że i samo wyrażenie „moral nisanity", jako termin nazbyt ogólny nazbyt subjektywny, nie ulegający naukowemu określeniu musi być usunięty.

Ponieważ w zachowaniu się psychicznie chorego niezależnie od formy choroby spotyka się często objaw niepoprawnego lub wprost niebezpiecznego postępowania względem otoczenia, podobne czyny też muszą być zanotowane ,jako materjał potrzebny dla charakterystyki psychiki pacjenta i stosunku tych objawów do samej psychozy, — przypuszczam przeto, że byłoby zupełnie wystarczającem używanie w tych razach terminów asocjalny i antisocjalny. Podobne terminy coraz więcej zdobywają dla siebie prawo obywatelstwa w literaturze psychjatrycznej. Pierwszy wyraz — asocjalny może być używany w stosunku do jednostek niezdolnych do samodzielnego życia i wymagających pod tym względem opieki rodzinnej lub społecznej, i drugi wyraz odnosi się do osobników, szkodliwych lub niebezpiecznych dla otoczenia wymagających z tego tytułu stałej meryko - pedagogicznej opieki, gdzie prócz tego winien być ustalony ścisły i nieustanny dozór w ciągu dnia i nocy.

Wiadomo, że zaburzenie władz umysłowych pomiędzy innymi objawami przejawia się również zanikiem moralności, jak to bywa często w porażeniu postępującem, otępieniu starczem, otępieniu wyskokowem itd. Z tych faktów wynika, że utrata moralności znajduje się w ścisłym związku z upośledzeniem władz intelektualnych, respective, z otępieniem, co łatwo da się zrozumieć, jeżeli będziemy myśleć, że skomplikowane pojęcia etyczne wymagają wysokiego poziomu intelektu jednostki. Dla tego też nie można sobie wyobrazić głuptaka, posiadajacego wysoką moralność, chociaż taki psychjatra, jak Bleuler myśli, że to jest możliwe. Bleuler powiada: „Es ist aber ganz sicher, das der Stand der Moral in keiner Beziehung steht zu der Höhe der Intelligenz, dass es intellektuelle Oligophrene mit gut entwickelter Moral gibt, und das moralische Idioten vorkommen, bei denen weder eine sonstwie krankhafte Anlage noch eine Geisteskrankheit, noch ein Intelligenzdefekt nachzuweisen ist: nur muss mann die letzteren nicht bloss in den Zuchthäusern suchen".

Jak wynika z wymienionego cytatu, błąd istnieje już w założeniu tego zdania, mianowicie ustalonem jest już na podstawie mnóstwa psychologicznych badań przez doświadczonych pedagogów, psychologów i psychjatrów, że rozwój intelektualny idzie stopniowo, w kierunku od konkretnych do abstrakcyjnych pojęć i nareszcie na podstawie tych ostatnich budują się pojęcia etyczne. Odbywa się ten proces w wieku mniej więcej 13—14 lat, t. zn., że stan rozwinięcia umysłowego stoi w pewnym związku z wiekiem normalnej jednostki, a rozwinięcie umysłowe jest koniecznie potrzebne, jako fundament dla zrozumienia i przyswojenia moralnych pojęć. Prawda, że psychjatrzy, którzy „moral insanity" bronią jako osobną nozologiczną formę, twierdzą, że przy istnieniu pojęć moralnych może

być brak moralnych uczuć, takie jednakże oddzielenie pojęć od uczuć jest sztuczne i tak ddzielenie pojęć od uczuć jest sztuczne i takiala.

Zespół objawów tak zw. „moral insanity" coraz to częściej spostrzega się nie w charakterze osobnej choroby, lecz w postaci szeregu symptomów, które można spotkać w każdej chorobie umysłowej. W ostatnim czasie zanotowano objawy te przy encephalitis lethargica, przy płonicy, tyfusie, influencji, odrze, błonicy i innych zakaźnych chorobach, jak również i przy urazach głowy. Ziehen, który właśnie, dużo zrobił takich spostrzeżeń, uważa również, że moralnemu defektowi towarzyszy jednocześnie zawsze „Intelligenzdefekt". Zaznacza przytem, że asocjalne zachowanie się polega nie na braku moralnych uczuć, lecz na pewnych zaburzeniachafektów.

Z drugiej strony uważamy, że mimo rozwoju intelektualnego bardzo ważną rolę odgrywa wychowanie i moment ten musi zawsze być uwzględniony i należycie oceniony tak przez sędziego, jak i przez psychjatrę. Jak zaniedbanie pod tym względem może doprowadzić dziecko do socjalnego zdziczenia, które później może być traktowane przez znawcę jako objaw „Moral insanity", tak również i stosowanie należytej, względnie lekarskiej i pedagogicznej opieki, zatrudnienie takiego pacjenta odpowiednią pracą i na ogół psychoterapją, włącznie z moralnym wpływem nie tylko lekarzy, lecz i atmosfery całego zakładu może niezawodnie wywołać ogromną zmianę w całej psychice, ewentualnie i w samem zachowaniu się chorego, a tylko udowodni, że, właśnie taki pacjent nie był pozbawiony podłoża, na którem można było posiać z pomyślnym skutkiem dobre ziarna.

Na zakończenie wyrażam serdeczne podziękowanie p. Bernackiemu, kand. med. Uniw. Poznańskiego za staranne wykonanie fotografji dla niniejszej pracy.

Piśmiennictwo.

(Neurologja Polska 1923 zeszyt VI). R. Radziwiłłowicz: W sprawie naszych nazw: psychjatrycznych — (Nowiny Lekarskie 1922 zeszyt 9) — Grzywo-Dąbrowski: Przyczynek do kazuistyki przestępstw dzieci — (Nowiny Psychjatr. 1924 zeszyt 1, 2, 3). A Piotrowski Uwagi do terminu „otępienie" z wyszczególnieniem terminu „dementia praecox" — (Archif f. Psychiatrie 1908 Bd.43 K 3). H. di Gaspero: Der psychische Infantilismus — E. Kraepelin: Psychjatrie 1915 — A. Kämm 1917 Ein philosophischer Gedankengang. — E Bleuler 1818 Lehrbuch der Psychiatrie. — (Archif f. Psychiatrie 1923 Bd — 69, U 1—3) W. Böhning: Psychische Veränderungen bei Kindern in Gefolge von epidemischer Encephalitis. (Monatschrift f. Psychjatrie und Neurologie 1923 Bd. LIII. H. 5—6). R. Pophel: Ueber exogene Charakterveränderungen im Sinne der „Moral insanity". E Krätschmer: Medizinische Psychologie 1922.

Z Krajowego Zakładu Psychiatrycznego Dziekanka. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

O WARTOSCI KLINICZNEJ OBJAWU MAŁEGO PALCA U NOGI (POUSSEPP'A) U PSYCHICZNIE CHORYCH

napisał **Tadeusz Frąckowiak**

Objaw małego palca u nogi opisany poraz pierwszy przez Pouseppa* polega na tem, że w pewnych wypadkach, po potarciu zewnętrznego brzegu stopy, następuje abdukcja małego palca.

Według mniemania autora objaw ten zachodzi stale w nagminnem zapaleniu mózgu, w szczególności, gdy sprawa umieszczona jest w częściach tylnych ciała prążkowanego, a naogół występuje w wypadkach zaburzeń części tylnych ciała prążkowanego, dróg jądra czerwonego i okolic sąsiadających z wodociągiem Sylwiusza. „Dans l'encéphalite et en particulier dans les cas, où la lésion est localisée dans les parties postérieures du corps strié, le réflexe du petit orteil existe toujours... Il semble résulter de ces observations que le réflexe du petit orteil a un certain rapport avec l'hypertonie des membres inférieure — c'est pourquoi il y aurait lieu de le localiser dans les parties postérieures du corps strié où dans le prolongement des vois conduisant au noyau rouge et qui y prennent naissance",**

*) Poussepp — Un nouveau réflexe du petit orteil. (La Presse Médicale 1923 Nr. 48.)

**) Poussepp — La question de la localisation du signe du petit orteil par les cas des tumeurs du corps strié. (Revue Neurologique 1924 Nr. 6.)

Ponieważ P o u s s e p p w odruchu tym widzi ważny wskaźnik djagnostyczny, postanowiłem, zachęcony przez Dra B i e l a w s k i e g o, sprawdzić przypadki, w których odruch ten będzie dodatni.

Co się tyczy techniki badań, to, prócz podrażnienia zewnętrznego brzegu stopy rączką młoteczka perkusyjnego, stosowałem także drażnienie prądem faradycznym. Ostatni sposób nie wniósł jednak nic nowego. Odchylenie wywołane prądem występowało również tam, gdzie je można było wywołać pocieraniem i odwrotnie.

Dość często spotykałem przypadki, w których objaw abdukcji nie był tak klasyczny jak to podaje P o u s s e p p, gdyż miast odchylenia 5. palca zachodziło rozczapierzenie wszystkich palców, a więc także 5., względnie w innych przypadkach abdukował palec 4. i 5., 3., 4. i 5. a nawet 2., 3., 4., i 5.

Nie bez znaczenia było miejsce drażnienia stopy. Najwyraźniejsze odchylenie otrzymywałem zazwyczaj przy pocieraniu skóry w okolicy odpowiadającej rzutowaniu na 4. lub 5. kości śródstopia. W dwu jednak przypadkach (katatonja) objaw P o u s s e p p ' a zachodził tylko przy drażnieniu miejsca między 3. a 4. kością śródstopia. Drażnienie zewnętrznego brzegu stopy nigdy nie wywołało objawu w tych dość częstych wypadkach, gdy brzeg ten pokryty był skórą zgrubiałą. Należało go wówczas szukać pocierając skórę bardziej dośrodkowo.

Na 120 badanych, 30 pacjentów wykazało dodatni objaw P o u s s e p p ' a.

O rezultacie tych badań informują załączone tablice.

TABLICA I.

	Ilość badanych osobników	Dodatni objaw Poussepp'a	%
Katatonja	12	3	
Parkinsonizm poencefalityczny	2	—	
Łącznie sprawy ze stwierdzonemi zachorzeniami jąder podstawowych mózgu	14	3	21,4%

W tablicy powyższej umieściłem wszystkie te przypadki, po których według P o u s s e p p ' a należałoby się spodziewać objawu małego palca; dodatni wynik badań był tu u 21,4% chorych. Umieściłem tu rozmyślnie katatonję obok parkinsjonizmu poencefalitycznego, gdyż sprawa zaliczenia pierwszej do procesów o zaburzeniach jąder szarych mózgu (B i e l a w s k i) wydaje mi się dostatecznie dojrzałą. Zaznaczę mimochodem, że ostatnio na zachodzie dają się słyszeć pojedyncze głosy wyrażające podobne zapatrywanie. (P. G u i r a n d, H. D a u s s y, P a d e a n o, K l i p p e l, C l a u d e, F r e n k e l i inni.

TABLICA II.

	Ilość badanych osobników	Dodatni objaw Poussepp'a	%
Schizofrenja	33	12	
Parafrenja	6	—	
Paronia	2	—	
Psychoza histeryczna	1	—	
Psychoza manjakalno-depresyjna . . .	17	2	
Głuptactwo	10	3	
Psychoza padaczkowa	16	4	
Sprawy kiłowe mózgu z porażeniem postępującem łącznie	13	4	
Inne zachorzenia organiczne mózgu . .	5	2	
Psychozy intoksykacyjne i autointoksykacyjne	3	—	
Łącznie:	106	27	25%

Tablica II. zawiera cyfry dotyczące osób, których choroba, z natury swej, nie ma nic wspólnego z zachorzeniami ciała prążkowanego. W przypadkach tych nie stwierdzono również zaburzeń w jądrach szarych mózgu, jako objawów akcesoryjnych. Do rubryki „inne zachorzenia organiczne mózgu" włączyłem sprawy bez udziału jąder szarych, a więc encefalit chroniczny — 3, (przyczem 1+), ostre zapalenie opon i mózgu — 1 (+) i arterioskleroza — 1 (+). Do psychoz intoksykacyjnych i autointoksykacyjnych zaliczyłem jeden przypadek alkoholizmu, 1 psychozę po Bazedowie i 1 psychozę popołogową.

Dodatni objaw Poussepp'a u chorych objętych tablicą II., chorych, u których zachorzenia jąder szarych z całą pewnością mogą być wyłączone, stwierdziłem więc w 25% przypadków.

Jeśli teraz porównamy rezultaty obu tablic (21,4%+ w wypadkach zachorzeń jąder szarych, 25%+ w wypadkach zachorzeń nie zlokalizowanych w jądrach szarych), to dojdziemy do wniosku, że objawowi małego palca nie można przypisywać tej wartości diagnostycznej jaką w nim widzi autor tegoż objawu.

Za wnioskiem tym przemawiałby również fakt, że nawet pośród osób zdrowych — jak to stwierdził Bielawski — udawało się niekiedy zauważyć dodatni objaw Pousseppa.

Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance w dniu 2. 9. 1924 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski.

O. Bielawski. ZESPÓŁ OBJAWÓW PRĄŻKOWO - WZGÓRZOWY (natury zapalnej). (praca in extenso wyjdzie drukiem).

Pacj. T., który 2 lata temu przebył bliżej nieokreśloną ciężką chorobę gorączkową, zapadł w kilka miesięcy potem na psychozę. Nadmierna senność, która zmieniła się po pewnym czasie na bezsenność, bradyfrenja, bradykineza, miotonja, lekka maskowatość twarzy, objaw diffuzji (**Neri**), inne zmiany psychiczne, motoryczne i roślinne stanowią zespół **striatum.** Prócz tego chory wykazuje nieczulość na ból (przypalanie) oraz zmiany termiczne przy zachowaniu czucia głębokiego, czucia dotyku i dyskryminacji (Webera). Owe zaburzenia czucia umiejscawia ref., za Head'em, Pieron'em, Marie'em, Bouttier'em i Roussy'em we wzgórzu wzrokowem.

DYSKUSJA.

P. Piotrowski zaznacza, że obraz kliniczny, przedstawionego pacjenta T przypomina postać chorobową pacjenta D. który przebył ciężką encephalitis lethargica i który obecnie znajduje się w stanie silnego zahamowania psychomotorycznego; zahamowanie to u pacjenta T jest lekko, aczkolwiek wyraźnie, zaznaczone. Oba obrazy chorobowe różnią się zatem tylko kwantytatywnie a nie kwalitatywnie. Wypada zwrócić uwagę na osobliwe ruchy obronne w stopach u pacj. T. przy badaniu objawu Babińskiego. W lewej stopie stwierdzamy maksymalne jednorazowe wyprostowanie palucha, w prawej stopie natomiast podniesienie wewnętrznego brzegu i addukcję stopy, co jest wynikiem funkcji mięśnia piszczelowego przedniego.

Zaburzenia czuciowe, mianowicie termestetyczne, posągowa sztywna postawa świadczą o zachorzeniu jąder podkorowych. Obraz choroby pacjenta nasuwa wniosek, że chory przebył był przed 2 laty encephalitis lethargica a nie tyfus. Wypada jednakże dla uzupełnienia badania zrobić próbę Vidal'a. Badanie serologiczne na Wassermanna wypadło ujemnie, co przemawia w tym przypadku razem z obrazem klinicznym przeciwko sprawie kiłowej. Pacjent T. ma w płynie mózgordzeniowym 0,02 na 100 cm cholesteryny, a więc ilość wzmożoną. Uwzględniając liczne badania w tym kierunku, kol. Bielawskiego, które wykazały w przeważającej ilości przypadków ze wzmożoną ilością cholesteryny odczyn Wassermanna pozytywny, choć wywiady i badania kliniczne nie wskazywały na sprawę kiłową, uderza, że u pacj. T. Wassermann jest negatywny. Sprzeczność między twierdzeniem Fursac'a, że Wassermann u katatoników wskazuje na kiłę, a przypuszczeniem kol. Bielawskiego, że pozytywny Wassermann w katatonji i encephalitis lethargica nie jest objawem sprawy kiłowej, lecz współodczynem przy wzmożonych ilościach cholesteryny, nie jest jeszcze definitywnie rozwiązana. Należy także mieć na uwadze sprawność w badaniu serologicznem instytutu, w którym się badania na Bordet-Wassermanna przeprowadza.

P. Siemionkin przedstawia pacj. K. lat 65, która po przybyciu do Zakładu była niespokojną, zdezorjentowaną, mówiła niedorzeczności. Myśli bardzo powoli: na wiele zapytań odpowiada „nie pamiętam". Nie pamięta, kiedy przyjechała, z kim przyjechała, ile ma lat, co jadła itd. Podczas rozmowy siedzi z rozmarzonym wzrokiem zdaje się nie słyszeć pytania. Miewa letargiczne stany, podczas których leży zupełnie bezwładna, na żadne zewnętrzne wstrząśnienia nie reaguje, bólu od nakłucia szpilką na całym ciele nie odczuwa; można wkłuć szpilkę prawie do połowy. Źrenice wtenczas rozszerzone ad maximum, na

światło nie reagują. Po za tym stanem źrenice są jednakowe, na światło reagują bardzo leniwie; odruch spojówkowy zniesiony. Odruchy kolanowe zniesione. Dermografizm wyraźnie dodatni. Czucie na ból zachowane. Patologicznych odruchów brak. Ze strony wewnętrznych organów wszystko w zupełnym porządku.

P. Piotrowski w dyskusji zaznacza, że odruchy kolanowe i Achillesa istnieją, jak badanie co dopiero przeprowadzone wykazało, ale są trudne do wywołania. Wzmożone ciśnienie arteryjne wskazuje na stwardnienie tętnic. Pacjentka z trudnością pojmuje, trudno jej się oderwać od pierwszej myśli (perseweracja), objawy te wskazują na arterjosklerozę mózgu. Z drugiej strony pacjentka zapada zwolna w stan kataleptyczny przytem widocznie się przygotowuje, opiera się o pielęgniarkę, słania głowę na ramiona tejże, zasypia, gdy ją się układa na stole do badań. Pacjentka leży w tenczas wyciągnięta nieruchoma jak umarła, czucie na ból zniesione (szpilkę można w różnych miejscach ciała wkłuć jeden cm głęboko i głębiej) i niekiedy tylko spostrzega się lekkie drganie mięśni w miejscu ukłucia. Odruch spojówkowy zniesiony, rogówkowy zachowany. Zachowanie pacjentki w ogólnych zarysach jej stan kataleptyczny przemawiają za ciężką histerją. Mamy zatem w przypadku demonstrowanym *arterio-sklerozę i histerję.*

Gradziński, Frąckowiak.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance

w dniu 9. 9. 24.

Przewodniczący p. Bielawski.

T. Frąckowiak. O WARTOŚCI KLINICZNEJ OBJAWU MAŁEGO PALCA U NOGI (Poussepp'a) u psychicznie chorych. (praca wyjdzie in extenso w najbliższym numerze „Nowin Psychjatrycznych").

Objaw (Poussepp'a) małego palca u nogi polegający na odchyleniu jego na skutek pocierania zewnętrznego brzegu stopy, — ma być według mniemania autora, wskaźnikiem djagnostycznym dla spraw chorobowych zlokalizowanych w tylnej części ciała prążkowanego, w drogach jądra czerwonego oraz okolicy sąsiadującej z wodociągiem Sylwiusza. Chorzy więc na nagminne zapalenie mózgu wzgl. katakonję winni nieraz wykaz. dodatni objaw Poussepp'a. Selem sprawdzenia wartości tego objawu badał ref .120 pacjentów w Dziekance. Wynik tych badań dowiódł, że objawowi Poussepp'a nie można przypisywać na razie tej wartości djagnostycznej, o której mówi Poussepp.

DYSKUSJA.

O. Bielawski — dla sprawdzenia wartości omawianego objawu badał również osobników psychicznie i nerwowo zdrowych; przyczem w kilku przypadkach udało się stwierdzić wyraźne odchylenie małego palca.

Na podstawie wyników pracy p. F. jak też dopiero co podanych, własnych, widzi się prawdopodobnem mniemanie, że fenomen odchylenia palca jest odruchem raczej obronnym, występującym raz w sposób izolowany, inny raz łącznie z odchyleniem palców pozostałych. Zależy on najwidoczniej od miejscowych anatomicznych indywidualnych odchyleń, w mięśniach, nerwach, być może i stawach.

W zakończeniu p. Frąckowiak dziękuje p. Bielawskiemu za łaskawą pomoc w pracy.

Gradziński.

Miesięczne posiedzenie naukowe w Dziekance

przy współudziale lekarzy z Gniezna i innych gości w dniu 8. 10. 1924.

Przewodniczący p. Piotrowski.

O. Bielawski. O MECHANIZMACH PSYCHICZNYCH DZIAŁAJĄCYCH W PÓŁMROKACH ŚWIADOMOŚCI (Autoreferat).

W terminach: „myślenie poświadome" lub „podświadomy proces psychiczny" i innych podobnych — tkwi błąd logiczny, jeżeli wychodzi się z przesłanki, że pod psychicznem rozumiemy procesy te, które są przedmiotem naszej świadomości. Autorzy, określając jako „podświadome" procesy hypnoiczne, senno-marzeniowe i t. p., siłą rzeczy wpadają w nieścisłość, gdyż te objawy życia psychicznego są dostatecznie świadome i bywają uświadamiane, chociaż w mniejszym naturalnie stopniu niż procesy przebiegające w pełni świadomości „czuwania. Również określenie *(Abramowskiego) „podświadomemi są też zjawiska psychiczne, które dają się odnaleść w pamięci (zmienionych stanów), jakkolwiek nie należą do introspekcji*, - jest pozornie tylko wystarczające i dobre, gdyż można nawiązać kontakt pomiędzy „zmienionymi stanami" a normalną świadomością i przez to samo postawić zjazwiska psychiczne w pole widzenia introspekcji. Tak jest z rozwiązywaniem kompleksów histerycznych, które, nota bene, stoją nie zawsze w pełnej dissocjacji ze świadomością zwykłą i opdlegają przeto już wtedy częściowej introspekcji. Różnica pomiędzy „podświadomością" życia psychicznego a świadomością zwykłą, w stanie np. uważnego myślenia, jest nietylko jakościową lecz również ilościową. W świetle pełni uwagi i krytyki mamy szerokie pole widzenia, gdzie wszystko możemy rozważyć, uwzględnić, mamy przed sobą nieomal katalog całego dorobku psychicznego, z którego myśl korzysta. Nie widzimy tu zato wewnętrznych, bardziej pierwotnych mechanizmów duszy. Gdy natomiast świadomość zostaje w mniejszym czy większym stopniu zamglona, przyćmiona, (co odpowiada całemu szeregowi odmiennych od powyższych stanów psychicznych, jak zasypianiu, przebudzeniu, stanom sennych marzeń i hypnoicznym, rozma-

rzeniu itp.) chodzimy jakby po omacku, widzimy bardziej nieposrednio (zmysłowo) to i owo, lecz bez związku z całością, bez dostatecznej oceny i krytki, bez porównania, bez uwzględnienia perspektywy czasu, położenia itp. Zawsze zostają jednak te ostatnie (onirodne) stany psychiczne **dostatecznie świadomymi i podległymi introspekcji**; sam ten fakt uzasadnia wątpliwość co do trafności określeń w rodzaju „podświadomość". Dziś już, dzięki psychjatrji porównawczej, wiemy, że są to stany życia psychicznego, jakie przechodził osobnik na początku swego ontologicznego rozwoju, a ludzkość — w zaraniu takiegoż procesu filogenetycznego. Są więc to resztki protopsychizmów, które dają o sobie znać we wszystkich w ścisłem znaczeniu słowa, procesach natury onirycznej.

Po wyszczególnieniu mechanizmów psychicznych znanych ogółowi psychologów a działających w tych stanach duszy, omawia i interpretuje ref. nieco obszerniej eksperymenty psychologiczne Abramowskiego*) i własne**), których wyniki rozszerzają znaczenie pojmowania zjawisk z dziedziny zapamiętywania, reprodukcji i procesów mnestycznych. Okazuje się bowiem, że niejedno z tych doświadczeń ma prócz teoretycznego już nieposrednią wartość psychologiczną, a niekiedy również sądową, jak np. w dziedzinie psychologji świadczenia.

Jeżeli podamy szereg obrazów do oglądania w różnych warunkach percepcji i apercepcji (zmieniając czas oglądania, zaburzając proces oglądania i wyuczania widzianego przez wywoływanie sztucznych stanów roztargnienia lub wzruszenia), zalecając odtwarzanie ich z pamięci: pierwszy raz natychmiast po oglądaniu i drugi raz po dniach ośmiu, — otrzymamy w wyniku materjał, który przekładamy na cyfry wyrażające ilość odpowiedzi kwalifikowanych, jako: braku uczucia, halucynacji pamięciowych, niepewności, złudzeń pamięciowych, wreszcie błędów pozytywnych i negatywnych. Przy analizie tych liczb okazuje się: 1) że niektóre przedmioty bywają odtwarzane dopiero po 8 dniach, a nie bywają przypomniane po oglądaniu, 2) pochwycenie wrażeń, gdy towarzyszył temu procesowi silny afekt, wywołuje zmniejszenie ilości przypomnień nieposrednich i zwiększenie ilości przedmiotów, które dopiero po pewnym czasie poczynają tłoczyć się do świadomości, 3) reprodukcje przytem w ostatnich razach są bardziej usystematyzowane i dokładne.

Widzimy już z tego, że „zapomniane" ma swoje życie, nie jest martwą masą, że się objawia przez twórczość kryptomnezji afektywnej, jej żywotność i skłonność do systematyzowania się. Psychologja zeznań przed sądem musiała by przeto pamiętać o fakcie, że te ostatnie w pewnym określonym czasie po percepcji, która była zaburzoną silnym afektem, — ma większą wartość prawdy niż zeznania natychmiastowe po postrzeganym fakcie.

Jak materjał dążący do przypomnienia i wpłynięcia w pełnię światła świadomości systematyzuje się w kryptomnezji, tak też systematyzuje się część zapomnianego, która skazana jest na stopniowe zamieranie i tracenie potencjalnej zdolności psychizowania się; systematyzuje się przytem w sposób odpowiadający pewnemu porządkowi: z jednego pierwiastka zapomnienia przychodzi na całą grupę wrażeń lub wspomnień pokrewnych sobie wewnętrznie lub zespolonych z sobą.

Nie mniej pojmowanie zjawisk drugiej grupy onirycznego życia psychicznego, życia w cieniu świadomości, gdzie procesy psychiczne nie są jeszcze ostatecznie zintelektualizowane, lecz są już w większym lub mniejszym stopniu wyczuwane jako czynnik psychiczny, ogólnikowo (symbolicznie lub w czuciach rodzajowych, a w najgorszym razie w czuciach braku i w opieraniu się próbom podstawiania na miejsca brakujące swych fałszywych obrazów intelektualnych) ma niemałą wartość dla psychjatrji jak też dla nauk pokrewnych. Zjawisko oporu spaczonego — negowanie zapomnianych poprzednio wrażeń, a przyjmowanie na ich miejsce przeżyć w większym lub mniejszym stopniu urojonych, — dobrze znanem jest w dziedzinie neuropatologji, a zasługuje niemniej na uwagę zwłaszcza, gdy chodzi o ocenę zeznań świadków.

Fakt stwierdzany przy samoanalizie przeżyć osobników badanych metodą Abramowskiego wykazuje, że wspomnienie w porównaniu do rzeczywistości ma zawsze silne zabarwienie afektywne, które kwalifikuje się jako pewne poczucie piękna związane z dawnem wspomnieniem. Ów pierwiastek piękna spoczywa w czuciach rodzajowych zapomnianego. Ogólnie znany fakt, że miłe nam wspomnienia przechowują się lepiej w pamięci niż przeżycia przykre, być może ma wytłomaczenie w powszechnem prawie biologicznem walki z czynnikiem szkodliwym dla ustroju, którym jest

*) E. Abramowski „Badania doświadczalne nad pamięcią".

**) O. Bielawski — Opór pamięciowy u psychicznie chorych (Rocznik Psychjatryczny 1922)

przecież przykrość. Zresztą sama chęć unikania wrażeń przykrych i pożądanie wrażeń przyjemnych, jest czynnikiem pobudzającym do odnawiania tych ostatnich w pamięci, skąd ich większa żywotność dla psychiki. I tu nasuwa się myśl, że ten czynnik piękna jest dlatego też źródłem natchnień i twórczości artystycznej. Dzieło sztuki przedstawia bowiem zawsze uwięzione wspomnienie, zaklęte w jakieś słowa, barwy, formy lub dźwięki — wspomnienia, które w większym lub mniejszym stopniu odnalazły swój utracony świat wyobrażeń i idej, ale nigdy zupełnie. „Nawet w najbardziej realnym odtworzeniu swego przeżycia artysta nie wypowiada wszystkiego. Pozostaje zawsze część niesprawdzalna wspomnień, które mimo wszystkiego pozostała tylko czuciem rodzajowem zapomnianego, które nie daje się już ani nazwać ani przetłomaczyć na język myśli. Jest to właśnie ów czar piękna. Istnieje on subjektywnie u twórcy i przez dzieło sztuki udziela się współtworzącym słuchaczom lub widzom, rozbudzając w nich także to samo czucie czegoś prawdziwego i niewyobrażonego" — mówi Abramowski.

Poruszając zagadnienie telepatji, ref., na podstawie wyszczególnionych protopsychicznych mechanizmów przychodzi do wniosku, że doświadczenia psychiczne, które otrzymujemy z tej dziedziny (nie mającej jeszcze obywatelstwa w nauce), układają się w ramki mechanizmów oniroidnej natury, (rozumie się, o ile pozostawimy na uboczu zagadnienie wpływu pozazmysłowego na siebie dwu istot, gdyż natura tego wpływu pozostała dla nas dotąd zagadką).

DYSKUSJA.

Dr. Jurek — kwestjonuje wyrażoną przez ref myśl, że często osobnik zapomina pewne przeżycie, któremu towarzyszy silny afekt połączony z pragnieniem zapomnienia tego przeżycia, Oponentowi wydaje się że podobna konstrukcja psychologiczna nie odpowiada istniejącym mechanizmom psychicznym.

Prok Kuszenin — Wyrażenie „chcieć zapomnieć" jest zupełnie trafne i nie jest bynajmniej cechą jedynie psychicznie chorych, którzy zdaniem Dyr. Piotrowskiego potrafią zapomnieć pewne przeżycia, gdy tego zapragną, lecz również ludzi zdrowych. Tak jak chcieć pamiętać, można chcieć zapomnieć. „Chcieć zapomnieć" powinno wchodzić również w pewne zdolności człowieka zdrowego. Siła woli w tym kierunku może i powinna działać w człowieku normalnym i to ze skutkiem.

Kwestja pamięci i zapomnienia oraz reprodukowania pamięciowego jest tak różna u rozmaitych ludzi odnośnie do tego samego faktu, że ta różnica utrudnia sądownictwu, osądzenie reprodukcji pamięci świadków

Ks Chilomer — wskazuje na doświadczenia spowiedników, którzy mają często sposobność spowiadać osoby zdrowe chcące zapomnieć przykre przeżycia Dalej ks Chilomer zapytuje, jak tłomaczyć fakt następujący. Zgubił klucze; po miesiącu śniło się jego służącej, że klucze znajdują się pomiędzy książkami i tam też rzeczywiście były.

Dyr. Piotrowski — tłomaczy, że wprawdzie zdrowe osoby nieraz pragną t. j. chcą zapomnieć nieprzyjemny szczegół i zapominają go, lecz mogą sobie w każdej chwili przypomnieć. Niekiedy istnieje jednakże zapomnienie i chcenie zapomnieć u pewnych typów chorobowych, które posiadają tę właściwość różniącą ich od osób zdrowych, że popadają w stan chorobowy, w którym rzeczywiście zapomnieli to, co zapomnieć chcieli i sobie tego nie przypominają mimo wysiłków. Zdarzenie, o którem mówił X. Chilomer, tłomaczy się w sposób następujący wyjęty z doświadczeń psychologicznych. Służąca przy uprzątaniu spostrzegła klucze przy uwadze biernej, nie rejestrując w pamięci aktywnie tego spostrzeżenia, to też później nie mogła powiedzieć, gdzie klucze się znajdują. Miejsce, na którem klucze leżały, działało jednakże jako bodziec optyczny na ośrodek wzrokowy i pozostawiło tam ślady, które utkwiły w sferze podświadomości.

Tak samo scena albo sceny poszukiwania kluczy i towarzyszące stany wzruszeniowe, mianowicie pragnienie znalezienia kluczy, wytworzyły w odpowiednich ośrodkach mózgu obrazy wspomnieniowe. Na jawie przeżycia psychiczne obecne nie zawsze kojarzą się na zawołanie z obrazami wspomnieniowymi przechowywanymi w sferze podświadomości. Natomiast łatwiej takie kojarzenia następują w stanach podświadomych, jak hypnoza głęboka, sen, zamroczenie.

U służącej X. Chilomera na jawie obraz wspomnieniowy nie przekraczał progu świadomości i dziewczyna dlatego nie przypominała sobie miejsca, na którem klucze leżały. Wskutek usilnego pragnienia znalezienia kluczy nastąpiło we śnie, w którym pragnienie prawdopodobnie wywołało senne marzenia, skojarzenie pragnienia z obrazem wspomnieniowym miejsca, gdzie klucze leżały

Dr Bielawski — (W odpowiedzi) Dr. Jurkowi zaznacza, że zapomniane, o którem oponent mówi, ma swe źródło w silnym afekcie, któremu towarzyszy chęć zapomnienia; afekt ten powoduje zapomnienie.

Sen, który opowiedział X Ch, tłomaczy się, jak to słusznie zauważył Dyr. Piotrowski, mechanizmami snów przeczuciowych. Małecki.

Streszczenia i oceny.

Dyr. W. Łuniewski.

IV. Sprawozdanie Szpitala Państwowego dla psychicznie chorych w Tworkach.

Personał lekarski Zakładu, obejmujący z początkiem roku łącznie z dyrektorem 7 osób, został w ciągu roku sprawozdawczego zwiększony o 2 młode i świeże siły lekarskie w osobach Dr. Aldony Religioni, oraz koleżanki Wandy Bobrowskiej.

Natomiast w dniu 8. sierpnia 1923 r.

śmierć wyrwała z szeregów lekarskich zakładu jego wieloletnią pracownicę, Dr. Wandę Wleklińską.

Dr. Wanda Wleklińska urodz. 6. 1. 1878 r. w Stopnicy, otrzymała wykształcenie średnie w Warszawie, studja lekarskie zaś odbywała w Żeńskim Instytucie Medycznym w Petersburgu. Zmarła pracowała w Tworkach od 21. 12. 1905 r. aż do dnia śmierci z małą jedynie przerwą podczas wojny, kiedy zmuszona była wyjechać do Rosji z powodu ewakuacji Szpitala. Niezmiernie przywiązana do Tworek, ś. p. Dr. Wanda Wleklińska zjednywała sobie serca zarówno kolegów jak chorych i podwładnych dzięki wyjątkowej dobroci, łagodności i pogodzie ducha. Ostatnie lata zmarłej były jedynie pasmem ciosów moralnych, które śp. Dr. W. Wleklińska znosiła z budzącym podziw stoicyzmem. Zmarła, przez swoją sumienną i pełną poświęcenia się pracę lekarską, oraz przez swój głęboko odczuwany patrjotyzm, zapisała się chlubnie w dziejach szpitala, pozostawiając po sobie szczery żal i niezatarte wspomnienie.

Lekarze zakładu odbywali stale 4 razy tygodniowo zwykłe konferencje, poświęcone sprawom bieżącym, w poniedziałki zaś i czwartki konferencje poświęcone demonstracji ciekawych i zawilszych przypadków. Konferencji takich, o których zachowano notatki protokularne, odbyło się w roku sprawozdawczym ogółem 48, demonstrowano na nich 118 chorych.

Lekarze Zakładu brali udział w posiedzeniach tawarzystw naukowych: towarzystwa psychjatrycznego, neurologicznego i kryminologicznego oraz w IV-tym Zjeździe Psychjatrów Polskich we Lwowie. Na posiedzeniach tych w roku sprawozdawczym lekarze zakładu wygłosili następujące odczyty:

1) d. 28. 1. Dr. Handelsmann (w Pol. Tow. Psychjtr.) „Zaburzenia psychoruchowe u 8-mio letniego dziecka".
2) d. 8. 3. Dr. Łuniewski (w Tow. Kryminolog.) „Odpowiedzialność pijanego".
3) d. 11. 11. Dr. Bednarz (w Pol. Tow. Psychjatr.) „Przyczynek do sprawy unieszkodliwienia przestępcy psychopaty".

W druku ukazały się w r. sprawozdawczym następujące prace lekarzy Zakładu:

1) Dr. Handelsmann: 1) Zaburzenie psychiczne w zespole parkinsonowskim poencefalitycznym; 2) Trudności rozpoznawcze zaburzeń psychicznych w wiądzie rdzenia. (Polska Gazeta Lekarska 1923 r. Nr. 2 i 20)
2) Dr. Łuniewski: Zagadnienia poczytalności. (Nowiny Lekarskie, rocznik 35, zeszyt 6, 1923 r.).

Podobnie jak w roku poprzednim lekarze zakładu brali udział w pracach dydaktycznych w postaci demontrowania przypadków sądowych słuchaczom Uniwersytetu Warszawskiego (pod kierunkiem Doc. Dr. Radziwiłłowicza). Dr. Łuniewski wykładał na kursie Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej.

Autopsji zwłok dokonano w roku sprawozdawczym 22. W pracowniach zakładu Dr. Deresz zajmował się przygotowywaniem preparatów mikroskopowych mózgu, oraz dokonywano badań chemiczno - klinicznych. Bibljoteka Lekarska Zakładu z końcem roku sprawozdawczego wzrosła z 96-ciu do 157-miu tomów. Pod względem metod postępowania Lekarskiego zanotować wypada próby leczenia porażenia postępującego za pomocą szczepienia malarji. Próby te były robione na oddziale Dr. Bednarza, który materjał zebrany zamierza opublikować osobno.

Skład personalu Zakładu utrzymał się pod względem liczbowym w stosunku do liczby chorych na ogół na poziomie roku ubiegłego. Próby kształcenia ogólnego personelu pielęgniarskiego rozpoczęte w roku 1922 zostały rozwinięte planowo dalej. Nauczanie objęło 196 osób. Nauczanie rozpoczęte 1. października 1923 roku trwa do końca roku i trwać będzie do wiosny, poczem ewentualnie rozpocznie się nauczanie fachowe tych osób z personelu pielęgniarskiego, które wykażą się dostatecznym po temu przygotowaniem. Biblioteka Zakładu wzrosła z końcem roku sprawozdawczego do 1175 tomów w porównaniu z 570 tomów pozostałemi na 1. 1. 1923. Z biblioteki korzystało 125 czytelników z grona pracowników Zakładu oraz ich dzieci, z tej samej biblioteki korzystają też obficie chorzy.

Niemożność częstego urządzania rozrywek dla większej liczby chorych, pochodząca z braku odpowiedniego po temu pomieszczenia, była jedną z trwających stałych niedogodności Zakładu. Ogółem w roku 1923 odbyło się 12 zabaw tanecznych, 7 przedstawień amatorskich, 1 pokaz magika i 1 koncert.

I w tym roku nie udało się uniknąć wypadków katastrofalnych. Pierwszy z nich, który do głębi poruszył cały Zakład, zdarzył się 17. października 1923. Oligofrenik i psychopata o głębokich zmianach degeneracyjnych, 14-to letni G. osadzony z decyzji sądu w Zakładzie z powodu dokonanego zgwałcenia

i zaduszenia kilkunastoletniej dziewczynki, pochwycił bawiącą się w pobliżu pawilonu 4-letnią dziewczynkę, córkę pielęgniarza G. zgwałcił ją, zadusił i zagrzebał trupa tuż pod ścianą pawilonu, w którym przebywał. Ten niezmiernie smutny i tragiczny wypadek stanowi już zbyt jaskrawą ilustrację fatalnej strony Tworek — braku należycie urządzonych i zdala od pawilonów położonych mieszkań dla personelu familijnego i wynikającego stąd obracania się dzieci pomiędzy pawilonami chorych. Drugi wypadek nieszczęśliwy zdarzył sie 16. 11. 1923 r. Zupełnie spokojna schizofreniczka 19-letnia F. R. nie zdradzająca żadnych skłonności samobójczych ani nawet jakiegoś jaskrawszego przygnębienia, około 3 godziny w nocy odebrała sobie życie przez powieszenie się w ustępie na ramie zasłonki drewnianej. Wypadek został zauważony przez dyżurującą pielęgniarkę w 20 — 30 minut po fakcie.

Inowację roku 1923 stanowią stałe sprawozdania miesięczne ordynatorów obejmujące w liczbach nie tylko ważniejsze wydarzenia na oddziałach ale też i poszczególne ważniejsze pod względem szpitalnym przejawy patalogiczne chorych oraz wykazy liczbowe zabiegów leczniczych i zapobiegawczych.

Sprawozdania te obejmują 103 rubryki. Całoroczne zestawienie podajemy poniżej w streszczeniu: Stany podnieceń — 17 823 dni zakładowych; Bezsenność — 15 415 dni; Zanieczyszczanie się — 20 555 dni; Chorych pozostających w łóżku (leczenie metodyczne) — 69 501 dni; Chorych pozostających w odosobnieniu chwilowem — 845 dni zakładowych; Unieruchomionych chwilowo z racji krzywdzenia samych siebie — 213 dni. Czyny gwałtowne chorych, jak bicie, notowane były na oddziałach męskich 727 razy, na oddziałach kobiecych 738 razy, razem 1465. Próby samobójcze udaremnione u mężczyzn 7, u kobiet 16, razem 23 razy; samookaleczenia było 83 razy; skłonności niszczycielskie w 636 przypadkach. Zniszczeniu uległo artykułów pościelowych 204, artykułów bieliźnianych 252, artykułów odzieżowych 53, artykułów meblowych 46, szyb stłuczono 542. Napadów padaczkowych zanotowano 5104. Odmowy jedzenia zanotowano w 466 przypadkach.

Z zabiegów leczniczych stosowane były: kąpiele przedłużone 4290 razy; zawijanie kocowe 2431 razy; zastrzykiwanie środków nasennych 619 razy; środki nasenne peros 2259 razy. Zachorzenia fizyczne poważniejsze notowano: w 822 przypadkach. Pod względem liczebności zachorzeń fizycznych na pierwszym miejscu stoi wśród nich zimnica: w 137 przyp. Ta istna plaga Tworek, zdająca się w roku 1922 przycichać, dała na nowo znać o sobie w roku sprawozdawczym. Drugie z kolei miejsce zajmuje gruźlica, która weszła w sprawozdanie powyższe o tyle tylko, o ile ujawniała się w postaci czynnej lub otwartej i sięga cyfry 105.

Ruch chorych: W dniu 1. 1. 1923 r. pozostało z roku poprzedniego: 663 chorych; w ciągu roku 1923 przybyło: 639; ogółem liczyło się 1302; z tej liczby ubyło 596; pozostaje na dzień 1. stycznia 1924 r. 706. Liczba przyjęć stanowi 96. 38% stanu chorych z dnia 1. 1. 23 r.; liczba zmarłych stanowi 7,14% ogółem leczonych.

Według rozpoznań chorych można podzielić na następujące grupy:

Zaburzenia przy chorobach organicznych (łącznie z parkinsonizmem pośpiączkowem)	1,56%
Zaburzenia przy zatruciach zewnątrz pochodnych (alkoholizm, morfinizm itp.)	3,44%
Zaburzenia na tle zatruć wewnątrzpochodnych	0,31%
Psychozy infekcyjne	0,78%
Zaburzenia psychiczne przy kile mózgu łącznie z porażeniem postępującem itp.	10,65%
Psychozy na tle miażdżycy i przemian wstecznych ustroju w wieku podeszłym	6,57%
Otępienie wczesne	49,50%
Psychoza szałowo — przygnębienna	7,67%
Psychopatja ustrojowa	2,66%
Reakcje psychorodne	0,98%
Przypadki nierozpoznane	2,35%
Oligofrenja	7,04%
Osobniki uznane za zdrowe	1,40%

Suma wydatków zwyczajnych i nadzwyczajnych mk. 83 195 161 114,25.

Deficyt obciążający Skarb Państwa mk. 75 204 392 595,75.

Personał Zakładu składał się z końcem roku sprawozdawczego z następujących osób: lekarzy i urzędników 20 osób, personelu pielęgniarskiego 134 osoby, personelu gospodarczego, technicznego, administracyjnego oraz rolnego 94 osoby, sióstr miłosierdzia 13 osób, razem 261 osób.

Ludo Van Bogaert (d' Anwers). **Syndrome inférieur du noyau rouge, troubles psy-**

chosensoriels d'origine mesocephalique. (Revue neurolog. 1924 T. 1 Nr. 4)

Uwagę badaczy przykuwa, zwłaszcza w latach ostatnich, patalogja okolicy podwzgórza. Znanem jest bogactwo i rozmaitość objawów, które dostarcza. Obok ciekawych zespołów zachorzeń szypułki mózgowej, ciała Luiziego i miejsca czarnego, — zajmują nas nie mniej zachorzenia jądra czerwonego.

Ref. przedstawia chorą w wieku lat 59, dziedicznie nie obarczoną, wolną od chorób kiłowych, która nagle (w czerwcu 1923) dostaje całkowitego porażenia prawego n. okoruchowego (bez utraty świadomości przy tem). Jednocześnie z tem występuje lewostronny zespół móżdżkowy.

Chora nie śpi w nocy, ma omamy chromatyczne i zoopsję.

W chwili badania trwa całkowite porażenie 3-ciej pary n. prawego z ptozą. Lewe oko jest normalne.

Zespół połowiczny móżdżkowy objawia się zaburzeniami przy marszu, zawrotami, jawną hypotonją. Ustalenie tego zespołu opiera się na klasycznych badaniach dismetrji i diadochokinezy. Owa hemiplegja móżdżkowa jest zabarwiona zlekka sprawą piramidową: tendencja kloniczna stopy, wzmożenie odruchów ścięgnowych w dolnej kończynie prawej. Niema tu niedowładu, ni zaburzeń ruchowych, z wyjątkiem, jednak, lekkiej parezy dolnej gałęzi nerwu twarzowego i niezręczności we władaniu ręką

Stwierdzono również wyraźną dyzartrję. Zaburzeń w dziedzinie czucia brak.

Udział jąder 3-ciej pary n. jest tu dostatecznie charakterystyczny, by umiejscowić zaburzenia w górnej części szypułki mózgowej. Zespół połowiczy móżdżka i lekkie zamieszanie w czynnościach dróg piramidowych mówiące o sąsiadowaniu pedunculi cerebelli sup. z drogą ruchową w piramidach. Brak zupełny zaburzeń czuciowych pozwala na wykluczenie udziału wstęgi Reil'a. Obraz kliniczny daje więc lewostronny zespół Webera, gdzie hemiplegja piramidowa połączona jest z hemiplegją móżdżkową. Można go również nazwać zespołem Claude'a, gdyż pierwszy jest tylko warjantem zespołu móżdżkowo-wzgórzowego.

Prócz tego stwierdzono u chorej również fenomen opisany przez „von Sarbö" (1921) jako „hyptokinezy". w rzeczywistości jest to warjant ataksji frontalnej Bruns'a: padanie w tył po przechyleniu w tył głowy (w pozycji styczny dla zachorzeń jądra czerwonego, styczny dla zachorzeń Jądra Czerwonego, wzgl. włókien tego systemu.

Pozostaje zwrócić uwagę na zaburzenia psychosenzoryczne, które miała chora, więc halucynacje chromatyczne, izoopsja Obrazy są nieruchome i izolowane, nie wzniecają żadnej reakcji afektywnej u chorej. Omamy nie były nigdy produkowane przedtem. Chora opowiada o nich lekarzowi samorzutnie. Te wzwidywania nie prześladują jej, te produkcje są całkowicie niezależne od przystępów podniecenia i niepokoju, które również nawiedzały chorą, a o których mowa będzie później. Ani zachowanie się omamów, ani ich rola w życiu duchowem chorej nie składa się na żaden system urojeniowy. Ten charakter omamów, nacechowany brakiem reakcji emocyjnej, zbliża je do zespołów omamowych, którym poświęcili dużo pracy Seglas, Cotard, Larnarier, Duprel i Galma, Buvat. Są to zaburzenia psychiczne, składające się z halucynacji wielosenzorycznych, bez systemu bredzeniowego i bez reakcji urojeń prześladowczych ze strony chorego. Owe zaburzenia senzoryczne wydają się przeto zupełnie izolowane. Orjentacja przy tem jest całkowita. Lhermitte uważa je za objawy mające nieposredni związek z zaburzeniami snu, tak często występującemi w zespołach szypułki i podstawowych jądrach mózgu wogóle. To zbliżenie wzmiankowanych dwóch faktów jest uprawnione na skutek serji prac danych nam przez Claude'a i Lhermitte'a, Frankl-Hochwart'a, Fuchs'a i przypadków Lhermitte'a samego. Już z resztą sama nazwa El. wystarcza, by przypomnieć częstość występowania zaburzeń snu w procesach infekcyjnych „niger i pedunculi".

Zagadnienie patogenetyczne tej sprawy pozostaje otwarte, lecz mimo jednak braku tu (w opisanym przypadku) zaburzeń narkoleptycznych, — charakter ich zbliża je do objawów podanych przez Lhermitte'a, które Ref stawia w nieposredni związek z zaburzeniami szypułki.

Drugi rodzaj zaburzeń psychicznych, — to episody ekscytacji i napady niepokoju. Nie produkowały się one regularnie co dzień, lecz zawsze o pewnej godzinie; powstawały one na schyłku dnia, trwały jakieś 2 do $2\frac{1}{2}$ godziny i kończyły się z nadejściem nocy. Poza tym czasem — nie obserwowano podobnych stanów. Tym stanom towarzyszą więc objawy ruchowe i afektywne; chora staje się nieznośną, obelżywą, przekorną, natrętną, oskarżającą. Skoro okres ten minie, — wszystko powraca do dawnego porządku, — pa-

cjentka jest znowu cicha, uległa, grzeczna. Camus podkreśla tego rodzaju podniecenia psychomotoryczne o pewnych godzinach; według niego połączony jest stan z aktywnością ośrodków psychicznych podkorowych, ściślej: mezencefolitycznych. Można wywołać analogiczny fakt przez ukłucie psa w mózg u podstawy. Urechia wykazał takie stany w El., gdzie tylko mezencefalon dotknięty był chorobą. Sicard wskazuje na pobudliwość motoryczną z lękiem jako na objaw mezencefalityczny. Laignel-Lavastine obserwował chorą, która okazywała choreoatetozę i zespół Webera połączony z zespołem psychicznym charakteryzującym się reakcją lękową z podniecemiem i stereotypją. Claude i Guercy pisali o zaburzeniach psychicznych wywołanych sprawami w okolicy sklepienia szypułki. Autorzy: Briand, Briand et Borel, Briand et Roboul, Lachaux, Briand et Porcher, Levy, wskazali na częste zespoły ekscytacji manjakalnej w El, której virus dotyka tak eklektywnie menzencefalon

Zagadnienie istnienia ośródków psychoregulacji położonych pozakorowo jest postawione jasno przez Camus'a i Roussy'a. Badania ponowne okolicy podzwrokowej przynoszą nowe fakty dla poparcia tych tez

Przypadek omawiany nie przynosi żadnej precyzji anatomicznej do zagadnienia ni też do patalogji zaburzeń, jednak podaje go ref. obszernie ze względu na zespół Claude'a jak też ze względów na zaburzenia psychosenzoryczne, które zdaniem jego, należy odnieść do patologji podwzgórzowej. Bielawski.

Prace oryginalne z dziedziny psychjatrji i neurologji zawarte w pismach lekarskich polskich z r. 1924

POLSKA GAZETA LEKARSKA.

Nr. 7. **A. Puławski.** — Współczesne poglądy na chorobę Basedowa i jej leczeuie.

Nr. 8 9. **K. Zachorski.** — Wpływ dodatni wysokich dawek skopol-aminy na zespół objawów Parkinsona po nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu.

Nr. 10-11 **F. Skubiszewski.** Kiła przysadki mózgowej.

Nr 12-13. **B. Karbowski.** — O doświadczalnie wywołanem ostrem podrażnieniu błędnika i towarzyszących mu objawach nerwowych-

Spis materjałów.

Spis autorów.

Czcionkami drukarni „Lech" T. A w Gnieźnie.